FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N° 4

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 octobre 1904, à 1 heure

PAR

Ludovic REBOUL

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

LES Tumeurs Malignes de l'Intestin CHEZ LES ENFANTS

Étude Clinique

Président : M. RECLUS, *professeur*

Juges : MM. BRISSAUD et GAUCHER, *professeurs*
RROCA (Aug.), *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM
Clinique médicale	DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE DENTU. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIÉRY
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRÉ			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE :

MON GRAND-PÈRE MATERNEL

LE DOCTEUR L. E. TRATEBAS

MON GRAND ONCLE PATERNEL

LE DOCTEUR L. T. D. BÉGUIN

Médecin principal de la Marine
Vice-président du Conseil général du Var
Officier de la Légion d'honneur.

Leurs conseils nous auraient été précieux pendant nos études ; leur exemple servira de modèle à notre carrière.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Reconnaissance des sacrifices qu'ils ont faits.

A MES CHERS FRÈRE, SŒUR ET BEAU-FRÈRE

Vive amitié.

A LA MÉMOIRE DU

Dr ALEXIS ANTOINE EMMANUEL DUREAU

Bibliothécaire de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Chirurgien des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la Légipn d'Honneur.

*
* *

Enseignement, conseils et amitié ont été prodigués à l'étudiant au cours de ses études médicales. L'émotion arrive, douce et pénétrante, quand le souvenir demeure frappé de la bienveillance des maîtres.

Aux premiers maîtres de l'Ecole de médecine et de l'Hôtel-Dieu d'Angers va notre gratitude. M. Legludic, directeur de l'Ecole de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, dont la courtoisie égale le savoir ; M. le professeur Mareau, anatomiste clair et précis ; M. le professeur Monprofit, chirurgien éminent, — la main habile, — guidée par un esprit sagace, très ingénieux ; MM. Thibault, Tesson, Roguet, Cocard, Royer, Martin, Brin, Papin, Boquel, à bien des titres, ont facilité la tâche de l'étudiant.

A M. le professeur Jagot nous devons les premièleçons de clinique médicale ; indulgent, causeur spirituel et savant, au lit du malade il nous a appris ce qu'était une observation sérieuse, dégagée d'hypothèses, appuyée sur les faits ; son enseignement a profondément influé sur notre éducation médicale.

Des maîtres qui sont l'honneur de l'art médical, à

la Faculté de médecine et dans les hôpitaux de Paris, nous ont inspiré le goût de la science et sa culture.

Au service de M. Albarran, en qualité d'externe, l'exemple d'une chirurgie à la fois prudente et audacieuse nous a été donné.

On puise, avec M. Jeanselme, un maître expérimenté, érudit et zélé, les éléments de dermatologie, démontrés avec une rare patience.

La science obstétricale, unie au dévouement et à la bonté, s'infuse au contact de M. Boissard.

La chirurgie infantile, pratiquée par M. Villemin (qui a bien voulu indiquer notre sujet de thèse), — cet exercice de la main au service des enfants — il nous l'a démontré tel qu'il l'exerce, en maître.

Un court séjour au sanatorium d'Hendaye, étant interne de M. le Dr Camino, si accueillant, nous a fait profiter de son expérience consommée de vieux praticien.

N'oublions pas M. Delens et ses claires explications des éléments d'ophtalmologie.

Savant modeste, lettré, esprit charmant, investigateur, très éminent bibliographe, M. le Dr Alexis Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, pendant notre séjour à Paris, a dirigé nos études et encouragé nos efforts. Ami précieux, serviable à l'excès, généreux de cœur et d'esprit, sa mort inattendue jette un voile de tristesse profonde et de regrets sur la fin de nos

études médicales. Sa mémoire nous demeure à jamais chère.

Il nous reste à exprimer un doux sentiment, celui d'une reconnaissance respectueuse autant que sympathique à M. le professeur Reclus ; il nous a fait le grand honneur de présider la soutenance de cette thèse.

A vous tous, chers et honorés maîtres, un souvenir ému parti du cœur.

Les Tumeurs Malignes de l'Intestin
CHEZ LES ENFANTS

ETUDE CLINIQUE

INTRODUCTION

Durant notre séjour à l'hôpital Hérold, nous avons eu l'occasion de rencontrer un cas de tumeur maligne de l'intestin chez un enfant, un garçon de 8 ans, malade depuis deux mois ; l'affection avait commencé par des douleurs abdominales, le ventre avait grossi et rapide avait été l'amaigrissement du malade. Il avait de la fièvre, le ventre était tendu, dur et mat. On fit le diagnostic de tuberculose cœcale probable ; une opération fut jugée nécessaire. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un cancer de l'intestin inopérable. Après guérison opératoire le malade continua à décliner et mourut six mois environ après le début de la maladie.

La rareté de ce fait nous ayant frappé, puisque, en

deux années passées dans un service d'enfants, nous le constations pour la première fois, nous nous sommes livré à quelques recherches bibliographiques, et tout de suite nous avons été surpris de la pénurie des documents sur ce sujet : quelques études d'ensemble, peu d'observations probantes.

Encouragé par notre maître, M. Villemin, nous avons cru bien faire en apportant notre modeste contribution à ce chapitre de clinique infantile. En effet, si l'affection est rare, il n'en est pas moins vrai qu'elle existe. Elle occasionne de nombreuses erreurs de diagnostic, d'abord parce qu'on n'y songe pas et ensuite parce que les éléments manquent pour fixer notre diagnostic.

Notre but est donc, en nous basant sur les faits que nous avons pu recueillir, de faire l'étude clinique de cette affection, laissant à d'autres, plus compétents, le soin de la traiter au point de vue histologique. Puisse notre modeste travail contribuer à faciliter la tâche à ceux qui plus tard s'occuperont de la question !

ETIOLOGIE

On n'est pas mieux documenté sur l'étiologie et la pathogénie des tumeurs malignes de l'enfance que sur celles de tous les cancers en général.

Cependant, nous avons pu, dans nos observations, glaner quelques faits intéressants.

Lebert (1) ne cite pas de cas de cancer de l'intestin avant l'âge de 15 ans. Duzan (2) a pu rassembler 182 cas de cancer chez les enfants, dans un espace de 33 ans, de 1832 à 1875 ; sur ce nombre, deux fois il s'agit de cancer de l'intestin, deux fois de cancer du rectum.

Néanmoins, nous avons pu en découvrir 24 observations. L'analyse de ces 24 observations donne les chiffres suivants, au point de vue du *sexe* :

Garçons : 17 ;
Filles : 7.

Il semble donc y avoir une proportion double en faveur du sexe masculin, sans que nous puissions donner de ce fait une explication bien satisfaisante.

1. V. Lebert. *Traité pratique des maladies cancéreuses*, Paris, 1851.
2. Duzan. Thèse de Paris, 1876.

Peut-être il en faudrait chercher la raison dans le traumatisme, les garçons y étant plus exposés que les filles ; mais l'action du traumatisme, comme cause occasionnelle, est loin d'être démontrée.

Au point de vue de *l'âge*, nous avons constaté les résultats suivants :

Nouveau-né. . .	1 cas
4 an et demi . .	1 cas
3 ans.	1 cas
3 ans et demi . .	2 cas
2 ans et 9 mois .	2 cas
4 ans.	1 cas
5 ans	6 cas
6 ans	1 cas
7 ans	1 cas
7 ans et demi . .	1 cas
8 ans.	1 cas
9 ans	2 cas
10 ans.	1 cas
11 ans	1 cas
11 ans et demi . .	1 cas
12 ans	1 cas
14 ans.	1 cas
Total . . .	24 cas

Dans la première enfance, jusqu'à 10 ans, il y a donc 20 cas sur un total de 24 cas, fréquence relativement très considérable. Cela n'est pas étonnant ; depuis longtemps le fait a été observé pour tous les

sarcomes, or on sait que « presque toutes les tumeurs malignes de l'enfant sont des sarcomes (1) ».

De Saint-Germain (2) avait fait remarquer que « *l'hérédité* paraît manquer d'une manière absolue ».

Cependant, dans l'observation de Van Zwalenburg (3), on trouve une double hérédité cancéreuse : la grand'mère maternelle du sujet était morte de carcinome utérin, sa grand'mère paternelle de cancer de l'estomac.

Signalons le cas de Karl Stern (4) où il s'agit d'un enfant nouveau-né : la tumeur s'étant développée pendant la vie intra-utérine, et la mère étant exempte de tout cancer, il semblerait difficile de lui donner une origine parasitaire.

Dans cinq observations (5) *le traumatisme* est mentionné comme début de la maladie. Faut-il voir là une simple coïncidence ou un rapport de cause à effet ? Il est bien difficile de se prononcer, cependant il faut reconnaître, avec Lancereaux (6) qu'il est loin d'être constant et peut, tout au plus, être considéré comme cause occasionnelle. Quel est l'enfant qui n'éprouve pas de traumatisme et, par contre, combien voyons-nous d'enfants atteints de cancer ?

1. Le Dentu et Delbet. *Traité de chirurgie*. T. I, p. 626.
2. De Saint-Germain. *Revue des maladies de l'enfance*, 1883, T. I, page 26.
3. Observation XXI.
4. Observation XI.
5. Observations V, VIII, X, XII, XXI.
6. Lancereaux, *Anatomie pathologique*. T. I, p. 307.

En résumé, la simple étude des faits ne donne point de résultats satisfaisants au point de vue pathogénique. L'avenir de la question est, ce nous semble, dans l'histologie et la parasitologie où, peut-être, l'on trouvera la clef du problème.

SYMPTOMATOLOGIE

Début.

Le plus souvent (1) la maladie débute de la façon suivante : l'enfant commence par se plaindre du ventre, il éprouve de *violentes douleurs* abdominales, quelquefois accompagnées de constipation, plus souvent de diarrhée ou d'alternatives de constipation et de diarrhée ; puis le ventre augmente rapidement de volume en même temps que s'établit un amaigrissement progressif ; dans certains cas des vomissements accompagnent la scène,

D'autres fois (2) le début est *insidieux* ; l'enfant, sans cause apparente, se met à dépérir ; l'appétit diminue, les forces disparaissent, le teint devient étrangement pâle, la faiblesse extrême. Puis l'abdomen grossit ; parfois, il se produit de l'œdème des membres inférieurs. A ce moment les parents eux-mêmes constatent l'existence d'une tumeur : alors seulement ils conduisent l'enfant au médecin, quelquefois deux mois après le début des accidents.

1. Dix fois sur 16 ; dans les autres cas le mode de début n'est pas indiqué.

2. Six fois sur 15.

Symptômes.

L'augmentation de volume du ventre est un signe pour ainsi dire constant : on le trouve signalé dans toutes les observations, sauf dans celle d'Ablon (1) où il s'agissait d'un sarcome de la seconde portion du duodénum. L'abdomen augmente progressivement de volume ; il devient globuleux, surdistendu (on l'a vu atteindre 35 centimètres de circonférence chez un enfant de 5 ans) (2).

La maigreur squelettique du malade fait encore paraître plus considérable la tuméfaction abdominale : « L'abdomen fait un contraste frappant avec l'habitus du reste du corps, avec la physionomie maigre et effilée du malade, avec ses côtes saillantes et ses extrémités grêles » (Bessel-Hagen) (3).

La tuméfaction de l'abdomen est presque toujours totale, rarement limitée (dans le cas de Spanton (4) elle était limitée à la région inguinale droite), avec souvent (5) des voussures secondaires qui font devi-

1. Observation XV.
2. Observation X.
3. Observation VIII.
4. Observation V.
5. Ce signe est noté 11 fois.

ner sous la peau la présence de la tumeur. L'ombilic est parfois saillant et surélevé.

La tumeur est un des signes les plus importants ; si l'on en excepte le cas d'Ablon (1), elle a toujours été sentie pendant la vie et peut, dans une certaine mesure, mettre sur la voie du diagnostic. Déjà la voussure observée à l'examen de l'abdomen la fait deviner ; la palpation et la percussion la feront découvrir.

Elle occupe un siége très variable puisque l'on peut la rencontrer partout où il y a de l'intestin ; on l'a trouvée 8 fois dans la fosse iliaque droite, 3 fois dans l'hypochondre droit, 2 fois à gauche entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque, 2 fois à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, 1 fois à l'entrée du petit bassin, 1 fois dans la fosse iliaque gauche, 1 fois au-dessus de l'ombilic.

On la rencontre en général assez volumineuse parce qu'on la sent à un stade déjà avancé de son développement. Dans le cas de Pépin (2), elle était étendue de haut en bas, du bord des fausses-côtes gauches à la crête iliaque, transversalement, du bord externe du carré des lombes gauche jusqu'à une ligne passant à deux travers de doigt à droite de l'ombilic. Au début, elle est moins volumineuse, mais son accroissement est très rapide. Zwalenburg (3), qui la surprit à son

1. Observation XV.
2. Observation X.
3. Observation XXI.

commencement, ne trouva qu'un petit nodule ; deux mois après elle atteignait le volume d'un œuf de poule.

Ordinairement unique, elle peut être multiple : dans les cas de Libman (1), Debrünner (2), Harte (3), il y en avait plusieurs.

Presque toujours sensible à la pression, elle peut être indolente complétement ou, au contraire, très douloureuse, comme dans le cas de Bessel-Hagen (4).

La consistance en est en général dure et solide, mais elle peut être plus souple en certains endroits, ou molle, rénitente, voire même fluctuante, signe commun à tous les sarcomes. Elle est d'une seule masse bien homogène ou envoie des prolongements dans les régions voisines ; elle est lisse ou bosselée.

Sa matité absolue à la percussion contraste avec la sonorité du reste de l'abdomen ; quelquefois cette matité est masquée par du tympanisme.

En général mobile, surtout à son début (cas de Zwalenburg) elle finit, à un stade plus avancé de son développement, par s'immobiliser en contractant des adhérences avec les organes voisins.

Le toucher rectal permet de la sentir lorsqu'elle s'enfonce dans le petit bassin (5) ; d'autres fois cet examen fait constater la présence de tumeurs secon-

1. Observation XIX.
2. Observation VII.
3. Observation XVIII.
4. Observation VIII.
5. Observation III.

daires, sous forme de masses immobilisées contre la paroi pelvienne.

La tumeur traduit sa présence par l'existence de douleurs, d'œdèmes et de circulation veineuse collatérale.

L'*œdème* est loin d'être un phénomène constant ; son étendue elle-même est fort variable. Léger et fugace, il peut atteindre seulement une jambe ou les deux membres inférieurs ; on l'a vu, plus généralisé, envahir les cuisses, le scrotum, le prépuce, le mont de Vénus, la région lombaire. Il peut même y avoir un œdème de la paroi abdominale assez considérable pour gêner la palpation de la tumeur (cas de Debrünner).

L'existence de *circulation veineuse collatérale* est fréquente ; sous la peau tendue et luisante on aperçoit des veines sinueuses et dilatées, visibles par transparence. Le réseau veineux peut se localiser au pourtour de l'ombilic ou gagner la poitrine elle-même, particulièrement sur le trajet de l'ombilic aux seins.

La présence d'*ascite* est un fait exceptionnel ; dans une seule observation, celle de Senger (1), on trouve signalée la présence d'une ascite peu abondante.

La douleur, presque toujours signe initial de la maladie, ne manque pour ainsi dire jamais. A peine trouvons-nous cinq cas où la maladie reste indolente pendant tout le temps de son évolution, où

1. Observation XXII.

« le malade s'éteint sans proférer la moindre plainte » (Schoepfer) (1).

Rarement localisée en un point nettement déterminé, elle siège, le plus souvent, dans tout l'abdomen ; elle s'irradie vers les lombes, le sacrum et les membres inférieurs, quelquefois vers le cœur et l'estomac (2) ; dans le cas d'Ablon (3) on signale uniquement des douleurs contuses dans les bras. Elle consiste, le plus souvent, en une simple sensation de pesanteur continue avec des paroxysmes se répétant plusieurs fois par jour, principalement après les repas ; d'autres fois elle est surtout nocturne. Dans certains cas, elle est continuelle et si vive qu'elle entrave le sommeil et que le malade, dont la physionomie exprime la souffrance, ne cesse de se plaindre et pousse par moments des cris déchirants.

La douleur est provoquée par la pression, quelquefois par la marche (cas de Spanton) (4). La défécation et la miction la provoquent également ; une fois, au contraire, elle était calmée par la miction (cas de Harte) (5). Certaines positions l'exaspèrent ; l'un ne peut rester couché sur le ventre ; l'autre au contraire ne peut supporter le décubitus dorsal.

Les troubles gastro-intestinaux peuvent, mais très rarement, faire complétement défaut. La pre-

1. Observation VI.
2. Observation III.
3. Observation XV.
4. Observation V.
5. Observation XVIII.

mière chose qui nous frappe c'est la rareté des phénomènes d'occlusion intestinale, alors que le cancer de l'adulte s'accompagne si souvent de ce syndrôme. Ce fait est déjà signalé par Charles West (1). Trois fois seulement nous le trouvons indiqué.

Dans le cas de Karl Stern (2) il s'agissait d'un enfant nouveau-né qui vécut 17 jours, avec persistance de la constipation et vomissements de matières bilieuses. Dans le cas de Zwalenburg (3) il y eut une crise d'occlusion intestinale, avec vomissements fécaloïdes, qui dura quelques jours et disparut par la mobilisation de la tumeur. Le troisième fait est celui de Mayo Robson (4) où il y eut également des vomissements fécaloïdes et où l'obstacle fut levé par une opération.

Au début, il y a quelquefois de la constipation, mais plus souvent *des alternatives de constipation et de diarrhée*. Presque toujours, à la période ultime, s'établit une diarrhée profuse avec des selles liquides, très fétides, irritantes, au nombre de 10 à 12 par jour. Plus rarement dysenterie violente « avec adynamie, coliques, ténesme et évacuations de matières mucilagineuses, d'odeur désagréable, marquées quelquefois de stries d'un sang clair ».

1. Charles West. *Leçons sur les maladies des enfants.* Traduction Archambault. Paris 1875.
2. Observation XI.
3. Observation XXI.
4. Observation XIV.

Les vomissements existent assez fréquemment (1) ; ils sont le plus souvent alimentaires, quelquefois bilieux, rarement fécaloïdes. Souvent des vomissements très fétides précèdent le dénouement fatal. Dans un cas ils se produisaient surtout pendant la nuit. Une seule foison a constaté des *hématémèses* (2). Dans un cas unique on trouve signalée la *sensation de stase épigastrique :* « le malade éprouvait, à la suite de chaque repas, la sensation d'un arrêt temporaire des aliments, au niveau de l'épigastre, arrêt à la suite duquel ceux-ci finissaient par passer au milieu de bruits de gargouillement et de roucoulement, suivis d'un amendement simultané de la gêne et des douleurs » (Bessel-Hagen) (3).

L'*anorexie* s'établit rapidement, mais l'appétit ne disparaît complétement qu'à la dernière période de la maladie ; il peut alors être remplacé par une soif inextinguible.

La miction est douloureuse dans plusieurs cas ; une seule fois cette douleur s'expliquait par des adhérences de la vessie à la tumeur (4). Peu souvent on a noté de la pollakiurie. Les urines sont en général normales mais parfois légèrement albumineuses. Dans le cas de Libman (5) on découvrit de l'indican en quantité notable. Avant la mort, elles deviennent

1. Neuf fois dans nos observations.
2. Observation V.
3. Observation VIII.
4. Observation XII.
5. Observation XIX.

rares, troubles, et peuvent contenir du mucus et des globules de pus.

Quand une perforation s'établit, faisant communiquer la vessie avec l'intestin, on obtient, à la miction, un liquide épais, à odeur fécaloïde, horriblement fétide, entremêlé de petits coagulums mous et grisâtres (1).

Verneuil (2) a montré que certains sarcomes à évolution rapide amènent une *légère augmentation de la température*. Le cancer de l'intestin n'échappe point à cette règle : nous avons noté quelques températures de 38° ; dans notre observation on constata même une fois 40°. *Le pouls* est légèrement *accéléré*.

Qnand l'*examen du sang* a été pratiqué, on a remarqué l'existence d'une leucocytose assez marquée.

Notons, pour être complet, les résultats fournis par l'examen des autres organes. Deux fois on a trouvé des souffles dans les vaisseaux du cou ; deux fois on a constaté une pleurésie ; deux fois une bronchopneumonie (dans un cas l'existence de cette bronchopneumonie s'expliquait par la présence d'une rougeole). Une seule fois le foie était augmenté de volume, dépassant le rebord costal. Quatre fois la rate était grosse. Enfin on a constaté souvent des adénopathies superficielles mais rarement généralisées.

1. Observation VI.
2. *Revue mensuelle de chirurgie*, 1878.

Pendant que ces divers phénomènes se déroulent, l'état général du malade ne tarde pas à devenir précaire. L'*amaigrissement*, qui a commencé dès le début, ne tarde pas à s'accentuer ; les masses musculaires diminuent de volume et l'*asthénie* s'établit. L'*anémie* est extrême ; les yeux sont excavés, la physionomie amincie, les muqueuses décolorées. Le teint n'a point la teinte jaune paille de celui du cancéreux (1), la peau est d'une pâleur cireuse, légèrement terreuse. On n'a constaté qu'une fois la présence d'un véritable ictère (2), encore s'agissait-il d'un cancer de la deuxième portion du duodénum.

Evolution.

« La durée du cancer chez l'enfant est beaucoup moindre que chez l'adulte » (3). Cela est surtout vrai pour le cancer intestinal.

Voici les chiffres que l'on peut noter au point de vue de la *durée* (4).

1 fois	17 jours
1 —	1 mois
2 —	1 — et 10 jours.

1. Chez notre malade nous avons cependant remarqué une légère teinte jaunâtre.

2. Observation XV.

3. De Saint-Germain, *Chirurgie des enfants*, Paris 1884,

4. Nous omettons intentionnellement les cas où il y a eu intervention.

3 —	2 —
2 —	3 —
1 —	4 —
1 —	8 —
1 —	10 —
12 cas	

Dans les deux tiers des cas environ la durée de la maladie n'excède pas trois mois ; le maximum a été 10 mois. Dans le seul cas de cancer congénital que nous possédions le malade n'a vécu que 17 jours.

L'affection, abandonnée à elle-même comporte toujours un *pronostic rapidement fatal ;* c'est donc une maladie d'une gravité exceptionnelle.

Le plus souvent la mort est le résultat de la *cachexie ;* la diarrhée augmente et devient profuse, l'amaigrissement du malade atteint son maximum, les œdèmes s'étendent, l'anurie s'établit, il y a de l'insuffisance cardiaque et le malade s'éteint « comme une lampe qui manque d'huile ».

Plus rarement la terminaison fatale est due à *une péritonite ;* le ventre devient énorme, tendu et tympanique, les douleurs deviennent plus grandes. Le malade a le facies grippé, une physionomie triste et souffreteuse, les yeux excavés, le nez pincé, la langue sèche et dure. Le pouls est filiforme, très fréquent, et la mort ne tarde pas à venir mettre un terme aux souffrances.

Exceptionnellement la maladie se termine par *obstruction intestinale* avec constipation opiniâtre et vomissements fécaloïdes. Le fait n'est mentionné que deux fois dans nos observations (1).

1. Une fois il s'agissait d'un cancer congénital (Karl-Stern) ; sur l'autre cas nous n'avons qu'une très courte observation (Observation II).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de tumeur maligne, chez un enfant, a très rarement été fait pendant la vie ; le plus souvent, ce n'est qu'une trouvaille d'autopsie. Cependant, en présence d'une *tumeur* développée rapidement, siégeant sur le trajet de l'intestin, accompagnée d'*amaigrissement précoce*, de *cachexie rapide*, *de douleurs* avec paroxysmes, d'*alternatives de constipation et de diarrhée* et d'une *légère élévation de température*, il serait logique d'y songer. Seulement, l'affection est presque inconnue, et, pour ainsi dire, on n'y pense jamais. Du reste, nombreuses sont les causes d'erreur et souvent, il le faut bien reconnaître, il sera impossible au clinicien de poser un diagnostic ferme.

Pour être complet il faudrait faire le diagnostic différentiel du cancer de l'intestin avec toutes les autres affections de l'abdomen ; bornons-nous aux principales.

L'*invagination intestinale chronique* (diagnostic posé par Siegel) (1) peut simuler le sarcome non sténosant de l'intestin grêle, mais dans ce cas la

1. Observation XVII.

tumeur est régulière, cylindrique, en boudin, et, « d'après von Eiselsberg, disparaîtrait souvent après les lavements ». Au contraire, dans le cancer, la tumeur est bosselée, lobulée, souvent énorme.

Les *sarcomes du péritoine*, particulièrement ceux qui siègent dans le grand épiploon, peuvent prêter à confusion (diagnostic de Van Zwalenburg (1) et de D. Wys) (2).

Le *sarcome du péritoine* acquiert en quelques mois un volume énorme ; il se développe souvent après une contusion, mais il ne provoque pas de troubles fonctionnels jusqu'à une période avancée de son développement, tandis que le cancer de l'intestin s'accompagne presque toujours de troubles gastro-intestinaux.

Pour éviter de confondre avec une *tumeur du mésentère* rappelons-nous les faits suivants : « On devra songer à une tumeur du mésentère lorsqu'on constatera les signes suivants : 1° situation de la tumeur sur la ligne médiane ; 2° mobilité très grande dans tous les sens (mais surtout dans le sens transversal) ; 3° une zone de sonorité à la percussion sur la partie antérieure et au-dessous de la tumeur » (3), sans oublier que, par suite de la mobilité de l'intestin grêle dont les anses se déplacent, « la zone de sonorité interposée entre elle et la paroi abdominale est loin

1. Observation XXI.
2. Observation VII.
3. Petitbon. Thèse de Paris 1891-1892.

d'être fixe et peut varier à chaque exploration » (1). La tumeur intestinale occupe n'importe quelle région de l'abdomen, est le plus souvent mate dans toute son étendue.

Le cancer intestinal peut être confondu avec la *sarcomatose des ganglions rétro-péritonéaux*, lorsque la tumeur est accessible au toucher rectal et qu'il y a des métastases ganglionnaires (diagnostic de Debrünner) (2). Mais, « dans la grande majorité des cas, les sarcomes des ganglions rétro-péritonéaux se développent profondément le long de la colonne vertébrale ; ils sont mous, presque fluctuants, ou bien, à côté de parties dures, ils en présentent d'autres qui paraissent kystiques » (3). Le sarcome a presque toujours une consistance ferme, uniforme.

Le sarcome du rein offre souvent un tableau clinique rappelant de très près le sarcome intestinal. Il s'accompagne de troubles digestifs et de la miction ; presque jamais de varicocèle symptomatique, rarement d'hématuries. Mais « une tumeur du rein est en général immobilisée » (4), il y a de la sonorité en avant de la tumeur ; il est exceptionnel que l'on ne trouve pas une bande sonore en avant de la tumeur..... En avant on voit et on sent une sorte de corde qui coupe obliquement la tumeur en écharpe (corde colique) (5).

1. Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, t. II.
2. Observation III.
3. Mérand. Thèse de Paris, 1896-1897.
4. Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, t. II, p. 192.
5. Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*.

Par contre « la percussion de la région lombaire donne une matité absolue » (1). Cependant s'il s'agissait d'un rein flottant, immobilisé en position anormale, le diagnostic pourrait devenir absolument impossible.

Lorsque la tumeur, accessible au toucher rectal, occupe la région sous-ombilicale et est le siége de douleurs pendant la miction, on pourrait songer à un *néoplasme de la vessie*, mais la tumeur vésicale est d'un volume moins considérable et s'accompagne presque toujours d'hématuries redoutables.

Dans notre cas (2), se basant sur la fièvre à exacerbations vespérales, l'amaigrissement, les troubles gastro-intestinaux et les résultats de l'examen de l'abdomen, on fit le diagnostic de *tuberculose intestinale*. Il faut avouer qu'il est bien difficile de différencier le sarcome de la tuberculose intestinale. La recherche du bacille de Koch dans les selles pourra fournir un renseignement de haute valeur diagnostique. Kraus (3) a recherché dans 26 cas de tuberculose intestinale, où le diagnostic clinique fut confirmé par l'autopsie, l'existence du bacille de Koch dans les selles ; dans tous les cas, sans exception, cette recherche fut positive. Il ne faudra donc pas à l'avenir négliger cet examen.

Plusieurs fois on a songé à de la *tuberculose péritonéale*, « la péritonite tuberculeuse pouvant déter-

1. Dumont. Thèse de Paris, 1888–1889.
2. Observation XXIII.
3. Kraus. *Prager medicinische Wochenschrift*, 1889, nos 6 et 7, p. 59 et 70.

miner des exsudats si volumineux qu'ils peuvent simuler de véritables tumeurs abdominales » (1). Si l'on ajoute à cela que le sarcome de l'intestin peut s'accompagner de l'ensemble de tous les signes classiques de tuberculose, même de symptômes pulmonaires, on voit que le diagnostic sera presque toujours impossible. Toutefois on se pourra baser sur la rapidité du développement de la tumeur et l'absence d'ascite dans le cas de cancer.

Dans le cas de Spanton (2) le fait que les douleurs existaient seulement au moment de la marche aurait pu faire songer à la *coxalgie*, mais la palpation de l'abdomen et l'examen de la cuisse auraient permis d'éviter cette erreur.

Enfin, notons que si « *les tumeurs issues de l'ovaire et de l'utérus* sont observées à une période peu avancée, elles peuvent être distinguées de celles de l'intestin par le toucher rectal » (3) ; mais « si on les observe à une période éloignée du début, alors qu'elles occupent parfois toute la hauteur de la cavité abdominale, il sera souvent cliniquement impossible d'en déterminer le point de départ » (4).

En résumé, on voit que trop souvent le diagnostic restera en suspend ; seule, la laparotomie exploratrice

1. Moizard et Rabbe. *Lymphadénome de l'intestin à évolution rapide et fébrile chez un enfant de 3 ans. Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 1er mai 1904.

2. Observation V.

3. Debrünner. Thèse de Zurich, 1883.

4. Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, tome II.

permettra de mettre les choses au point. Lorsque l'état du malade le permettra, on devra toujours la tenter ; elle sera quelquefois le premier temps d'une opération curatrice,

TRAITEMENT

Il n'y a évidemment qu'un seul traitement rationnel : le *traitement chirurgical*. Dans neuf de nos observations il a été tenté. D'un si petit nombre de faits, on ne peut guère tirer de déductions bien précises ; cependant on pourra déjà trouver dans notre statistique quelques indications précieuses au point de vue de la conduite à tenir et de la technique opératoire.

Laparotomie exploratrice.

Résultats immédiats : 5 cas : trois morts, deux guérisons.

Résultats éloignés : mort trois mois après.

La mortalité immédiate serait donc de 60 pour 100. Ce chiffre peut paraître énorme ; il tient à ce que l'on opère trop tard, le malade étant trop affaibli pour supporter l'opération.

Dans le cas de Harte (1) l'opération fut suivie d'une amélioration passagère.

1. Observation XVIII.

Résection partielle.

Résultats immédiats : Deux cas, deux guérisons

Résultats éloignés : Mort dix-neuf jours et trois mois après.

Ce fait ne saurait nous étonner. Il est inutile d'opérer lorsqu'on ne peut enlever toute la tumeur avec les ganglions envahis.

Opération radicale.

Résultats immédiats : Deux cas, deux guérisons.

Résultats éloignés : Van Zwalenburg (1) revit son malade quatre mois après l'opération ; il était en bonne santé et avait engraissé de 17 livres. Dans le cas de Mayo Robson (2) le malade était en bonne santé six mois après.

On ne peut certainement pas se baser sur deux résultats heureux pour porter un pronostic trop favorable. Les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour affirmer qu'il n'y a pas eu de récidive ultérieure. Néanmoins nous avons là des résultats très encourageants surtout si l'on songe à la gravité de la maladie abandonnée à elle-même et à la rapidité de son évolution. Dans ces deux cas on enleva toute

1. Observation XXI.
2. Observation XIV.

la tumeur avec le mésentère correspondant. On devra donc tenter l'opération toutes les fois que le malade pourra la supporter et qu'il sera possible de la faire complète. Pour cela il faudra faire un diagnostic précoce et nous avons vu que, à l'avenir, on pourra peut-être y arriver.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Kennedy, *Dublin quaterly Journal*, 1864, t. 28, p. 6).

Enfant de 9 ans. Noyaux cancéreux disséminés dans l'intestin grêle.

OBSERVATION II

(Rathery, *Thèse de Paris*, 1870, p. 17).

Enfant de 8 à 10 ans, morte après avoir présenté tous les signes de l'obstruction intestinale. Tumeur cancéreuse avec rétrécissement de la fin de l'iléon.

OBSERVATION III

(Debrünner. *Drei Fälle von Sarkome im Kindes alter. Inaug. Dissert. Zurich*, 1883).

Malade entre à l'hôpital le 19 novembre 1874. Garçon de 7 ans, depuis trois semaines pâle et amaigri ; il vomissait fréquemment pendant la nuit. Il souffrait fréquemment de douleurs lombaires et sacrées ; plus tard douleurs dans la région du cœur et dans la région de l'estomac, principalement à la suite des repas. Il est alité depuis huit jours : quelquefois il a des selles difficiles, accompagnées de douleurs dorsales. L'appétit bon jusqu'à présent a diminué ; la soif est vive. Douleurs dorsales avec irradiations dans les jambes.

Etat actuel. — Garçon pâle, mal nourri, peu développé pour son âge. Peau de la poitrine parcourue par des veines visibles par transparence, particulièrement sur le trajet de l'ombilic aux seins.

Au niveau du cou et des deux côtés : bruissement veineux continu et éclatant. Le ventre est distendu, l'ombilic saillant. La moitié inférieure de l'abdomen est plus saillante à droite qu'à gauche ; l'abdomen n'est pas sensible à la pression. A trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic on sent une tumeur qui s'étend également de chaque côté, et atteint à gauche la ligne axillaire. La tumeur paraît s'enfon-

cer dans le petit bassin. A droite de l'ombilic on perçoit à la pression de bas en haut une crépitation spéciale. Matité à la percussion au niveau de la tumeur. Léger œdème de la région lombaire gauche, du scrotum et de la jambe gauche. Tuméfaction des ganglions lymphatiques de la région inguinale. Décubitus abdominal fait souffrir le malade. Par le toucher rectal on sent trois tumeurs : l'une grosse comme un haricot derrière la symphyse ; l'autre du volume d'une amande adhérente au pubis ; une troisième plus volumineuse qui repousse le rectum en arrière. Cette dernière s'étend en avant jusqu'à la symphyse ; à droite on ne peut la délimiter ; à gauche sa limite correspond à celle que l'on sent par le palper abdominal. La tumeur est adhérente au sacrum. La paroi abdominale est mobile au-devant de la tumeur. Température 37°5, pouls 120.

Diagnostic. — Sarcome des ganglions rétro-péritonéaux du promontoire.

Les œdèmes s'accrurent, gagnèrent le scrotum, le prépuce et les extrémités inférieures, même la cuisse et le mont de Vénus ; les douleurs devinrent plus vives ; elles étaient provoquées par les mouvements des membres inférieurs, la dilatation veineuse abdominale fit des progrès ; la cachexie augmente, l'urine est trouble, rare, et contient des globules de pus et la mort survint rapidement, fin novembre.

Autopsie. — Sarcome globo-cellulaire de l'intestin grêle. Productions néoplasiques métastatiques dans les ganglions mésentériques, les ganglions sacrés et les ganglions lombaires, le diaphragme et le cœur. Infiltration de la paroi postérieure de la vessie et du rectum.

OBSERVATION IV

(Charles West. *Leçons sur les maladies des enfants*. Traduction Archambault. Paris, 1875).

J'ai vu un garçon de 10 ans, chez lequel une tumeur bosselée de la fosse iliaque gauche, et qui s'étendait au delà de la ligne médiane, était due à une dégénérescence cancéreuse du côlon descendant, ainsi qu'à des productions cancéreuses formées en dehors de ses parois.

Dans ce cas, la tumeur se développa très rapidement avec une altération profonde de la santé générale, sans troubler les fonctions de l'intestin.

La mort fut le résultat d'une péritonite, un mois après la constatation de la tumeur dont la véritable nature ainsi que le siége ne furent connus qu'à l'autopsie.

OBSERVATION V

(Spanton. *Medical Times and gazette*. T. Ier, p. 278, année 1878).

Entrée le 21 janvier 1877. Petite fille de 12 ans, qui, trois semaines après une chute sur le siége, fut prise, seulement à

l'occasion de la marche, d'une douleur l'obligeant à traîner le côté droit. En même temps, on découvrait dans la fosse iliaque droite, une tumeur molle, ovale, recouverte par des anses intestinales sonores. Plus tard, survinrent des vomissements, des douleurs abdominales spontanées et un état fébrile accompagné d'accélération du pouls. Enfin, après une période d'accalmie, se déclara une péritonite généralisée avec décubitus en chien de fusil, ventre tendu, tympanique, langue sèche et dure et la malade succomba après avoir eu une hématémèse, le 8 septembre.

Autopsie. — Au niveau de la terminaison de l'iléon, on trouve une masse encéphaloïde grosse comme une noix de coco ; au niveau de la muqueuse de l'iléon une ulcération vaste et profonde, enfin, dans la substance corticale des reins, des taches blanches, rondes, grosses comme un pois, d'apparence encéphaloïde.

OBSERVATION VI

(Schœpfer, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1882, p. 42-43).

Garçon de 4 ans. Le malade jouissait d'une bonne santé jusqu'à la fin de février 1881. A cette époque, diminution de l'appétit, amaigrissement rapide. L'enfant ne souffrait pas et ne se plaignait pas, si bien que ses parents ne s'occupèrent de son état qu'en avril 1881. A ce moment (2 avril), il fut examiné par Schœpfer. Ne trouvant dans les organes thoraciques aucun signe qui pût lui permettre de poser un

diagnostic, il fit déshabiller l'enfant. Le développement considérable du ventre le frappa aussitôt. L'abdomen était uniformément distendu. A la percussion, on entendait un son tympanique à l'épigastre et à l'ombilic ; à l'hypogastre sonorité diminuée, mais pas de matité absolue. A la palpation on constate une tuméfaction vague, peu dure, dans la région hypogastrique, s'étendant de deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis. Pas de douleurs à la pression à ce niveau. Dans les fosses iliaques, rien d'insolite. La miction, au dire des parents, se faisait régulièrement. Les garde-robes sont un peu plus fréquentes qu'autrefois mais sans caractères particuliers. Schœpfer pense à une tumeur maligne prévésicale.

Le 5 avril. — La situation s'est aggravée ; la diarrhée s'est établie et la miction ne se fait que rarement ; cependant les urines rendues sont claires. La tumeur hypogastrique a augmenté.

9 avril. — Cathétérisme vésical : on retire 600 grammes d'un liquide épais, à odeur fécaloïde, horriblement fétide, entremêlé de petits coagulums mous, grisâtres, s'écrasant facilement sous le doigt. Malgré l'écoulement de ce liquide la tumeur ne diminue pas de volume d'une façon sensible ; mais il fut alors facile de la palper dans tous les sens. Le toucher rectal ne permit pas d'arriver jusqu'à elle.

Les médecins firent alors le diagnostic de tumeur à marche rapide devant emporter le malade à bref délai.

Le malade s'éteignit le lendemain sans avoir proféré la moindre plainte.

Autopsie. — Tumeur de la portion terminale de l'iléon ;

l'intestin est perforé par la tumeur et communique avec la cavité vésicale.

Examen histologique. — Fait par Recklinghausen; montra qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION VII

(Debrünner).

Garçon de 5 ans. Douleurs abdominales depuis trois semaines; alité depuis 14 jours. Alternats de constipation et de diarrhée. Accroissement lent de l'abdomen depuis trois semaines.

Etat actuel (20 juin 1882). — Enfant pâle, anémié, amaigri. Lèvres et conjonctives décolorées. Le degré extrême de l'amaigrissement fait un contraste singulier avec la tuméfaction de l'abdomen. Celle-ci est inégale; le point le plus proéminent est situé sur la ligne blanche, un peu au-dessus de l'ombilic; il existe une seconde voussure dans la région cœcale et une troisième dans l'hypocondre gauche. A la palpation on sent trois tumeurs distinctes. La première, située un peu à droite de l'ombilic est de consistance ferme; non adhérente à la paroi, unie et lisse; à la palpation profonde on croit percevoir d'autres tumeurs à caractères identiques, dans son voisinage. La seconde tumeur est dans la région cœcale et la troisième dans l'hypocondre gauche. Lorsqu'on déprime profondément la paroi, on arrive à découvrir d'autres tumeurs lisses semblables aux précédentes, mais plus petites et fuyant sous le doigt. Matité au niveau

des tumeurs, tympanisme dans l'intervalle. Rate perceptible.

Diagnostic. — Tumeurs sarcomateuses multiples du péritoine.

L'amaigrissement fit des progrès rapides, une diarrhée et de violentes coliques s'installèrent; dix à douze selles par jour; léger œdème des pieds. Mort le 21 juillet.

Autopsie. — Néoplasme primitif du côlon transverse; participation secondaire de l'épiploon ; nombreuses adhérences péritonitiques ; pas la moindre métastase. Sarcome.

OBSERVATION VIII

(Bessel-Hagen, *Ein Ulceroses Sarcom des Jejunum bei einem Kinde. Virchow's Archiv.* 1885. Bd. 90, p. 99).

Enfant de 7 ans et demi. A toujours été bien portant jusqu'en février 1883. Il reçut alors un coup de poing violent dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Il commença alors à souffrir de violentes douleurs abdominales. Il s'amaigrit progressivement, tandis que l'abdomen augmentait toujours de volume. Peu après, la mère de l'enfant remarqua, au point le plus douloureux, une tumeur de la grosseur d'une noix, assez dure, qui augmenta rapidement de volume. Jamais on n'a observé de troubles de la défécation mais une pollakiurie manifeste, ainsi que des vomissements, surtout au moment des paroxysmes douloureux.

Depuis la fin de mars, la tendance aux vomissements avait disparu, mais l'enfant éprouvait, après chaque repas, la sen-

sation d'un arrêt temporaire des aliments, au niveau de l'épigastre, arrêt à la suite duquel ceux-ci finissaient par passer au milieu de bruits de gargouillement et de roucoulement, suivis d'un amendement simultané de la gêne et des douleurs. En avril 1883 on trouva à l'examen une grosse tumeur, située immédiatement au-dessus de la paroi et à droite de l'ombilic. Le petit garçon était manifestement amaigri et avait un teint tout à fait terreux. L'abdomen fortement tuméfié faisait un contraste frappant avec l'habitus du reste du corps, avec la physionomie maigre et effilée du malade, avec ses côtes saillantes et ses extrémités grêles. Voussure plus accentuée à droite. Ombilic entouré de quelques veines dilatées et légèrement saillant. La tumeur est très douloureuse à la palpation. Sa surface est lisse sauf en bas où elle semble bosselée ; sa consistance générale est dure ; en haut, elle s'étend presque jusqu'au rebord costal ; en bas, elle atteint l'épine iliaque antéro-supérieure droite. A gauche, la tumeur présente quelques prolongements arrondis, légèrement mobiles, qui dépassent la ligne médiane. L'ensemble de la masse est légèrement mobile dans tous les sens. La tumeur est mate à la percussion ; au contraire l'abdomen sus-ombilical en particulier est fortement tympanique. En dehors de cette tumeur, on trouve à gauche plusieurs nodules isolés, et par le toucher rectal, on sent une tumeur dure, grosse comme un œuf de poule, adhérente à la paroi pelvienne. Tous les ganglions lymphatiques sont augmentés de volume et quelques-uns sont assez sensibles. Miction et défécation normales. Légère augmentation du nombre des leucocytes. Pendant les semaines suivantes les forces déclinèrent. Température vespérale 38°6, quelquefois 39°,4. Violentes crises de douleur

avec paroxysmes et agitation nocturne. Vomissements. Quelquefois un peu de diarrhée. Perte complète de l'appétit ; par contre soif ardente. Dysenterie violente et mort en juin 1885.

Autopsie. — Sarcome globo-cellulaire du jéjunum avec sarcomatose étendue du mésentère. Métastases multiples dans les reins, dans la paroi pelvienne droite et les ganglions lymphatiques.

OBSERVATION IX

(James Duncan. — *Journal médical d'Edimbourg.* T. 31, p. 1127, année 1886).

Garçon, 3 ans et demi. Malade depuis dix jours. Distension du ventre et œdème des jambes.

Le 29 novembre 1885, on constate œdème considérable des jambes et du pénis ; abdomen distendu, dans la fosse iliaque gauche matité et douleur. Miction douloureuse.

Quelques jours après on constate dans la fosse iliaque gauche la présence d'une tumeur nettement limitée, donnant à la percussion un son mat qui se prolongeait du côté de la vessie. Pleurésie droite qui nécessite trois ponctions. Finalement l'appétit depuis longtemps mauvais devient nul. On perçoit des ganglions dans l'aine droite. Une diarrhée avec coliques se déclare et l'enfant meurt le 19 décembre.

Autopsie. — Cancer de l'intestin grêle avec métastases dans le foie, les reins et les poumons.

OBSERVATION X

(Pépin. — *Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux,* 16 décembre 1891).

Fillette de 5 ans. Broncho-pneumonie en novembre 1899. A toujours été bien portante depuis. Il y a deux mois (juin 1891) l'enfant reçut un violent coup de pied dans le ventre, ce qui aurait marqué, d'après sa mère, le début des accidents. Dans les premiers jours de juillet l'enfant se plaint du ventre ; la mère y trouve une masse de la grosseur d'une mandarine, très mobile. Pas de fièvre ni diarrhée. L'état général reste bon ; vers le milieu de juillet les douleurs deviennent plus intenses. L'enfant pâlit, perd son appétit ; alternatives de constipation et de diarrhée.

Le 10 août 1891, l'enfant est amené à l'hôpital. Le ventre volumineux présente dans le flanc gauche une saillie nette, arrondie, du volume d'une orange. De son bord supérieur droit part un prolongement cylindrique qui se dirige transversalement vers la région hypogastrique où il se perd. Cette saillie se déplace un peu suivant que l'enfant se tourne à droite ou à gauche. Pas de dilatations veineuses à la surface du ventre. A la palpation on sent une tumeur volumineuse qui s'étend : 1° de haut en bas, du bord des fausses côtes gauches à la crête iliaque ; 2° transversalement, du bord externe du carré des lombes gauche jusqu'à une ligne

passant à deux travers de doigt à droite de l'ombilic. On peut enfoncer les doigts entre le rebord costal gauche et le bord supérieur de la tumeur. Il est plus difficile de pénétrer sous le bord inférieur de la tumeur qui se perd dans le bassin. Cette tumeur est formée d'une masse grosse comme une orange reposant sur une autre masse bosselée, étalée, large comme une main d'adulte. Matité très nette sur toute la zone correspondant à la tumeur. Pas d'augmentation de volume du foie. Rien à l'examen du cœur ni des poumons. Douleur sourde, continue, dans le ventre. Inappétence marquée, selles liquides, jaunâtres, très fétides. Douleurs dans les lombes et les cuisses, léger œdème des membres inférieurs. Léger nuage d'albumine dans l'urine. Température du soir 39°,8. Petits ganglions durs, mobiles, indolores au niveau du cou et dans le triangle de Scarpa. Le 24 août le ventre mesure 95 centimètres de tour au lieu de 75 comme au jour de son admission. Le 31 août rougeole. La malade est très affaiblie, très amaigrie, ce qui fait ressortir encore le volume du ventre. Elle est couchée tantôt sur le ventre, tantôt sur l'un ou l'autre flanc ; elle ne peut rester dans le décubitus dorsal. Elle ne cesse de se plaindre du ventre et par moments pousse des cris déchirants. Œdème des membres inférieurs. Anorexie, soif vive, diarrhée abondante, sept à huit selles par jour, très fétides, grisâtres. Urines albumineuses. Broncho-pneumonie. Le 2 septembre 1891 l'enfant meurt avec de la cyanose généralisée ; il y a eu la veille des vomissements d'odeur très fétide.

Autopsie. — Sarcome globo-cellulaire du jéjunum avec tumeur mésentérique de même nature.

OBSERVATION XI

(Karl Stern. *Ueber primären Dünmdarm sarcom beim Neugeboren. Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1894, nº 35, p. 802).

Une femme de 23 ans, entre le 19 octobre 1891 à l'hôpital de Düsseldorf, pour y accoucher de son premier enfant. Aussitôt après la naissance, on remarqua que l'enfant ne rendait pas de méconium, mais au contraire qu'il vomissait une grande quantité de masses colorées par de la bile. Son ventre était distendu ; mais on ne sentait rien d'anormal à la palpation. L'anus était bien conformé.

Le lendemain de sa naissance, l'enfant vomit de nouveau, et il en fut de même toutes les fois que l'on essaya de l'alimenter. Pas de selles ; mais les langes étaient souillés d'urine. On fit le diagnostic d'occlusion intestinale congénitale. Le diagnostic redevint, pour quelques instants, hésitant, lorsque, le surlendemain, alors que les vomissements spontanés persistaient on obtint, à la suite d'un lavement de glycérine, l'évacuation d'une masse de méconium du volume d'une petite noisette et mêlée d'une grande quantité de mucus. Dans ces conditions, étant donné le dépérissement rapide de l'enfant, il était naturellement impossible d'exécuter la laparotomie éventuellement prise en considération.

Dans la suite, le tableau de l'affection ne subit que peu de modifications ; les vomissements persistèrent comme aussi

l'absence de selles. L'enfant dépérissait malgré toute la peine que l'on se donnait pour lui, et il succomba le 4 octobre à 6 heures du matin.

Autopsie. — Sarcome globo-cellulaire situé à 1 m. 30 de l'angle duodéno-jéjunal.

OBSERVATION XII

(Jalland, *Lympho-sarcoma of the small intestin*, *Lancet*, 1894, vol. I, p. 1007).

Garçon de 6 ans. Reçu à l'hôpital le 6 mars 1893. Six semaines avant son admission, cet enfant avait été contusionné ; une semaine après débuta la maladie actuelle. A l'examen actuel (6 mars), l'abdomen est distendu, mais pas très douloureux à la palpation. Dans la fosse iliaque droite, on sent une masse dure. Il existe de la broncho-pneumonie bilatérale. L'urine contient beaucoup d'urates. La température montait jusqu'à 38°5. Les sueurs étaient abondantes la nuit ; le 18 mars, diarrhée profuse.

Le 20, la base du poumon droit est trouvée mate à la percussion ; les veines superficielles de la partie supérieure de l'abdomen sont très distendues. Urines très chargées en urates et miction douloureuse.

Laparotomie exploratrice (M. Jalland). — Péritoine très épaissi ; il y a dans le péritoine plusieurs onces de liquide séro-purulent. Dans la fosse iliaque droite on sent des nodules durs qui paraissent sarcomateux, et l'on referme le ventre. Mort rapide après l'opération.

Autopsie. — Lympho-sarcome de l'iléon, situé à 60 centimètres de la valvule de Bauhin, adhérant au pôle supérieur de la vessie.

OBSERVATION XIII

(M Lebon. *Revue des maladies de l'enfance.* T. XII, p. 314, juin 1894).

Fille de 11 ans et demi. Il y a deux mois douleurs dans le ventre. Pâleur et amaigrissement.

Le 6 octobre, douleurs abdominales violentes, surtout au niveau du foie ; constipation, vomissements bilieux, ballonnement, crampes dans les mollets.

Etat actuel (8 octobre). — Anorexie, constipation avec soif vive. Gonflement notable de la paroi abdominale, qui, peu sonore à la percussion, était soulevée transversalement par une voussure produite par le foie. Au niveau de l'hypocondre et du flanc droits, ainsi que de l'épigastre et de la partie médiane et inférieure du thorax, la peau était tendue et luisante, et au-dessous d'elle, on apercevait des veines sinueuses et dilatées. Ventre, de forme globuleuse, douloureux à la palpation. Au-dessous de la paroi masse dure, lisse, élastique et mate. Cette masse soulevait la partie antérieure et inférieure de la cage thoracique, qui était séparée de l'abdomen par un sillon transversal très prononcé.

L'enfant, qui paraissait fortement constituée, n'était pas

sensiblement amaigrie ; sa physionomie exprimait la souffrance et de fréquents paroxysmes lui arrachaient des gémissements.

Elle succomba le 11 octobre après être restée constamment repliée sur elle-même, dans une attitude semblable à celle des enfants atteints de méningite, avec une physionomie triste et grimaçante et de la photophobie.

Ni fièvre, ni ascite, ni œdèmes, ni ictère et, dans les derniers instants de la vie, la constipation fut remplacée par des selles diarrhéiques, jaunes et fétides. Traces d'albumine dans l'urine.

A l'examen du sang quantité des globules blancs un peu augmentée.

Autopsie. — Cancer de la deuxième portion de l'intestin grêle avec noyaux dans le foie.

OBSERVATION XIV

(Mayo Robson, *British medical Journal*, 1895. T. II, p. 963).

Fille, 14 ans, arrive le 18 septembre 1894, souffrant d'une obstruction intestinale. Depuis 6 mois, elle perdait ses forces et maigrissait, souffrait de constipation et d'une douleur abdominale et avait de fréquents vomissements. Deux mois avant son admission, elle avait été très malade et avait eu des vomissements fécaloïdes qui avaient duré trois jours. En entrant à l'hôpital elle était très faible; l'abdomen était très

distendu, surtout du côté droit, où l'on pouvait sentir une tumeur dure dans la région du côlon ascendant. Entre son admission et l'opération, elle vomit par deux fois des matières fécales.

Opération. — Entérectomie ; section de l'iléon près de son entrée dans le côlon et du côlon ascendant juste au-dessous de la flexion hépatique ; la partie intermédiaire, comprenant le cœcum et le côlon ascendant, est enlevée. Guérison. Selle spontanée le quatrième jour après l'opération. La malade a été vue en bonne santé six mois plus tard.

La tumeur était un épithélioma cylindrique qui avait presque complétement obstrué la lumière du côlon.

OBSERVATION XV

(M. Ablon, *Thèse de Paris,* 1898).

Fille de 11 ans, qui nous fut amenée dans un état d'amaigrissement très prononcé et atteinte d'un ictère généralisé avec hypermégalie hépatique et splénique, pigments biliaires normaux dans les urines et décoloration des matières fécales et chez laquelle ces phénomènes morbides, après avoir rétrocédé une première fois, reparurent au bout d'un mois. A dater du moment de leur réapparition, ceux-ci ne cessèrent de s'accentuer (malgré la recoloration tardive des matières fécales), en se compliquant d'un état d'anémie et de dépérissement progressif qui finit par atteindre un degré véritablement extraordinaire, puis de phénomènes urémiques,

qui aboutirent à la terminaison fatale, environ dix mois après le début apparent de la maladie.

Autopsie. — Sarcome de la deuxième portion du duodénum.

OBSERVATION XVI

(Th. Rovsing, *Primœrt Tyndtsarkom hos et 18 maaneders Barnfjenet ved Tarmreseksion med Anvendelse af Murphys Knap. Hospitalstidende*, 1897; *Kjabenharn*, p. 1085).

Fillette de un an et demi. Entrée à l'hôpital le 19 septembre 1896. C'est une jumelle; l'autre jumeau est mort peu après sa naissance. L'enfant, élevée au biberon, a eu de la diarrhée souvent fétide. Elle a été soignée dans un service de médecine par la diète. Depuis 4 mois, diarrhée. L'enfant est amaigrie mais ne présente pas de lésions de rachitisme. Le ventre est météorisé; T. 38°,5; pas d'albumine dans l'urine mais beaucoup d'indican.

On fait le diagnostic de péritonite tuberculeuse (?). Le 14 octobre, en palpant l'abdomen, on sent une tumeur entre le rebord du foie et l'ombilic; on croit qu'il s'agit de scybales. Le 25 octobre, on retrouve la tumeur, solide et mobile, à la hauteur de l'ombilic. Rien d'anormal au toucher rectal. On endort alors la petite malade au chloroforme et l'on sent nettement une tumeur arrondie, grande comme une pièce de 5 francs, assez dure et mobile au-dessus et au-dessous de

l'ombilic. On pense qu'il s'agit peut-être d'un noyau tuberculeux épiploïque ou d'un amas de scybales. On décide de faire une laparotomie exploratrice.

Opération, 7 novembre 1896. — On trouve une série de tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon qui siègent sur l'intestin grêle et en particulier sur l'iléon. Pas traces de tubercules. Le mésentère présente plusieurs gros ganglions. On résèque l'une des tumeurs en enlevant le mésentère en coin ; on fait ensuite l'anastomose termino-terminale avec le bouton de Murphy.

Le segment d'intestin enlevé mesure 16 centimètres ; la tumeur occupe une longueur de 8 centimètres, elle fait une forte saillie sous la muqueuse ; l'intestin sus-jacent est dilaté. La malade guérit de l'opération, mais présente peu après des métastases diffuses : une dans la grande lèvre, l'autre dans la région sus-claviculaire, l'autre dans la région sous-claviculaire gauche, d'autres dans le sternum gauche. La mort survint, par cachexie progressive, le 5 février 1897. L'autopsie montra que les viscères étaient sains : foie, rein, poumons, rate. Mais sur l'intestin grêle, sur l'iléon, surtout, on trouvait une série de tumeurs grosses comme des œufs de pigeon, qui infiltraient la paroi intestinale, sans ulcérer la muqueuse. Sur le gros intestin, il n'y a que quatre tumeurs. Les métastases découvertes pendant la vie furent retrouvées dans le sternum, les ganglions sus-claviculaires gauches et la grande lèvre.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait de sarcome globo-cellulaire ; les lymphatiques sont envahis par des traînées de sarcome.

OBSERVATION XVII

(E. Siegel, *Ueber das primare Sarcom der Dunndarms. Berl. klin. Wochenschrift*, 1899, p. 767, n° 35)

Garçon de trois ans et neuf mois. Aux environs de Noël 1898, l'enfant se plaignit de vives douleurs abdominales, avec distension du ventre et ténesme rectal. La mère le purgea et l'enfant se rétablit. Depuis lors il y a eu souvent de la diarrhée, alternant avec une constipation rebelle. Depuis le [illegible] mars 1899, l'enfant a des douleurs abdominales si vives qu'il crie et se tord. Les purgatifs donnés par le médecin sont souvent restés sans effet et ont d'autres fois donné quatre ou cinq selles liquides. Comme le mal empirait le petit malade nous est envoyé.

Etat actuel, 17 mars 1899. — L'enfant est amaigri, mais assez bien portant cependant. Peau pâle, lèvres un peu violacées : pouls 120, régulier. Température normale. Poumons et cœur normaux. La rate ne paraît pas augmentée de volume. Le ventre est distendu, météorisé ; le son de percussion est partout tympanique. Dans la fosse iliaque droite, on arrive à sentir une tumeur, dont la grosseur est difficile à déterminer à cause de la tension de la paroi. Sa consistance est dure, sa surface est bosselée. Il n'y a pas de douleur à la pression. A l'examen sous le chloroforme, la tumeur est mobile ; la mère raconte que la tumeur, dont elle avait

constaté l'existence, disparaît après les lavements. On pensa à une invagination intestinale, car, d'après von Eiselsberg, ce symptôme particulier serait très fréquent dans cette maladie ; mais la forme lobulée de la tumeur n'est guère favorable à ce diagnostic.

Opération, le 18 mars. — Laparotomie le long du bord externe du grand droit du côté droit ; il s'écoule une certaine quantité de liquide citrin. Sur une anse jéjunale se trouve une tumeur lobulée ; les ganglions mésentériques correspondants sont très augmentés de volume (jusqu'à atteindre la grosseur d'un œuf). On résèque en coin le mésentère et la tumeur ; et l'on fait l'entérorraphie circulaire. Suture mésentérique, drainage.

Après l'opération, le petit malade se porte assez bien pendant 5 à 6 jours ; température normale, pouls régulier ; mais à partir du 27 mars, l'enfant devient agité. On voit apparaître dans l'hypocondre gauche une tumeur que l'on croit être la rate augmentée de volume ; une abondante circulation collatérale se développe sur la paroi abdominale (tête de Méduse). Une selle spontanée a lieu, elle est de couleur mastic. L'enfant est de plus en plus agité ; la tumeur de l'hypochondre gauche se développe à vue d'œil et atteint presque l'hypochondre droit. Mort le 6 avril 1899.

Le segment d'intestin réséqué a une longueur de plus de 30 centimètres ; sur le bout distal siège une tumeur de forme bosselée, longue de 8 centimètres, de consistance ferme ; au niveau du bord mésentérique de l'intestin se trouvent quatre ganglions du volume d'un œuf de poule qui compriment l'intestin.

A l'*autopsie* on trouve que la suture intestinale est parfaite.

Pas trace de péritonite. Le grand épiploon et les ganglions mésentériques sont infiltrés de masses néoplasiques volumineuses qui remontent jusqu'à l'estomac et englobent complétement le pancréas. Métastases dans les reins. Sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION XVIII

(Harte, *Sarcoma of intestine in childhood. Annals of Surgery*, 1900, t. XXXII, p. 619).

Garçon de 5 ans. Entré à l'hôpital de Philadelphie le 31 octobre 1899. L'abdomen est très distendu, très météorisé, et, à droite, on peut sentir une masse assez volumineuse, un peu douloureuse à la palpation. A un examen plus complet, on sent que la masse s'étend de la fosse iliaqne droite jusqu'à la ligne médiane, un peu au-dessus de la vessie. A certains moments, après que l'intestin était évacué, on pouvait arriver à reconnaître que la masse était formée par deux tumeurs du volume d'un citron chacune, occupant l'une l'hypogastre sur la ligne médiane, l'autre la fosse iliaque droite.

L'interrogatoire des parents raconta ce qui suit : Il y a environ quatre semaines, le ventre commença à augmenter de volume. Il n'y avait pas d'ictère, pas d'œdème de la face. La langue était rouge et humide ; cœur et poumons normaux.

Lorsque la vessie était distendue, les douleurs étaient plus marquées, elles diminuaient après la miction.

Dans l'hypochondre gauche, il semblait que la matité splénique fut augmentée. L'examen du sang montre 21.300 leucocytes, avec formule normale (polynucléaires, 66 p. 100 ; mononucléaires, 24 p. 100 ; éosinophiles, 2 p. 100).

Laparotomie exploratrice. — Il s'écoule du liquide ascitique clair ; on trouve une vaste tumeur d'apparence kystique très molle, occupant l'intestin grêle. Le cas est jugé inopérable.

L'enfant est un peu amélioré pendant quelque temps, mais il meurt bientôt d'inanition.

A l'*autopsie*, on vit que la tumeur siégeait sur une anse d'intestin grêle qu'elle avait complétement envahie et pénétrait largement dans le mésentère. Sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION XIX

(Libman, *Millheil aus d. Grenzgeb. der Mediz. ü* '
Chirurgie, 1901. Iéna, Bd VII, p. 446).

Garçon de 3 ans et demi. Entré à l'hôpital le 23 décembre 1898. Début de la maladie il y a huit jours par des douleurs abdominales et augmentation de volume du ventre. Selles abondantes ; par contre urines rares. Depuis trois jours, l'enfant a commencé à vomir et à avoir de la fièvre. Pas d'œdème des jambes.

Examen clinique. — Matité hépatique commence à la

sixième côte et le bord libre du foie se trouve à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal. Rate augmentée de volume. La partie droite de l'abdomen est remplie par une masse volumineuse, irrégulière, qui s'étend jusqu'à la ligne médiane, présente nettement le phénomène du ballottement : elle est mobile avec la respiration. La limite inférieure de cette masse se trouve à la hauteur de l'ombilic. La surface de la tumeur est bosselée ; on trouve plusieurs tumeurs indépendantes, de forme arrondie, au-dessus de la région inguinale droite. Température 38°,2. Douleurs en urinant. Urine riche en indican. Examen du sang : anémie marquée et leucocytose polynucléaire. Dyspnée vive, abdomen distendu.

Opération 5 janvier 1899 (docteur Gerster). — Laparotomie : péritoine très épaissi ; il s'écoule un peu d'ascite ; l'épiploon est adhérent et les anses intestinales agglutinées. Mort le lendemain.

Autopsie. — Tumeur blanchâtre au début de l'iléon avec infiltrations dans le mésentère. Nombreuses métastases ganglionnaires, dans la rate, le pancréas, le sein, les reins, le foie. Lympho-sarcome.

OBSERVATION XX

(Th. Fisher, *Two cases of sarcoma of the intestine. Bristol medic. surg. Journal*, vol. XIX, 1901, p. 29).

Garçon de 5 ans reçu le 14 mai 1898. Depuis trois semaines le ventre est augmenté de volume. L'enfant est

maigre ; l'abdomen est distendu et dans sa moitié droite on sent une tumeur dure, irrégulière. Pas de symptômes d'ascite. Pas de douleurs. Selles liquides, un peu irritantes. Le 25 mai, l'enfant a beaucoup maigri depuis son entrée à l'hôpital (1 livre et demie en 11 jours). Par contre l'abdomen a augmenté de volume et la diarrhée persiste (5 à 6 selles par jour). T. 38°,5. Le 27 mai laparotomie exploratrice. On trouve une tumeur volumineuse inopérable. Mort le lendemain.

Autopsie. — Tumeur du volume d'une tête d'enfant occupant la portion terminale de l'iléon. Noyaux métastatiques dans le médiastin, les ganglions, les reins, le foie, le diaphragme. Lympho-sarcome.

OBSERVATION XXI

(Van Zwalenburg. *Sarcoma of the intestine with a table of fifteen case, of resection. Journal of the American medical Association.* vol. XXXVI, 1901, p. 6171).

Garçon de 5 ans. Grand'mère morte de carcinome utérin à un âge avancé ; mère de son père morte de cancer de l'estomac. Le 1er juin 1899, l'enfant fit une chute et se contusionna l'abdomen. Au milieu de juin, l'enfant commença à vomir, à souffrir du ventre, et son état général devint très mauvais. Vers le milieu de juillet, Zwalenburg découvrit un nodule dans le ventre, à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. Ce nodule était dur, facile à mobi-

liser dans tous les sens. Vers le 15 septembre ce nodule avait beaucoup grossi et atteignait le volume d'un œuf de poule. A ce moment la tumeur se fixa dans l'hypochondre gauche et détermina une crise d'obstruction intestinale ; par des manœuvres douces, van Zwalenburg réussit à mobiliser la tumeur, et l'obstruction disparut. Il fit à ce moment le diagnostic de tumeur abdominale, probablement un sarcome de l'épiploon. On proposa une intervention qui fut d'abord refusée ; mais, en novembre, les parents se décidèrent. L'enfant était très faible et très anémique ; la température était de 100° Farenheit et le pouls à 120.

Opération, le 18 novembre 1899. — Incision médiane sus-ombilicale ; la tumeur, qui est située dans l'hypochondre gauche, est sortie du ventre. Elle est oblongue, longue de 12 centimètres environ, large de 8 à 9 centimètres ; elle est constituée par la fin de l'iléon, partiellement invaginé dans le côlon ascendant ; sur l'iléon, à 9 centimètres au-dessus de la première tumeur, on en trouve une seconde, qui mesure environ 6 centimètres de diamètre. L'intestin grêle interposé aux deux tumeurs est d'apparence normale. On sent plusieurs ganglions mésentériques augmentés de volume.

On se décide à enlever les deux tumeurs avec le mésentère correspondant. Résection de la fin de l'iléon et du côlon ascendant. Anastomose termino-terminale avec le bouton de Murphy. Fermeture de la paroi avec une mèche pour le drainage.

Au huitième jour, il se fit une petite fistule stercorale qui se ferma spontanément. Guérison complète en trois semaines. Le bouton fut éliminé 6 mois après l'opération.

L'enfant, revu en mars 1900, a engraissé de 17 livres.

Examen histologique de la pièce. — Lymphosarcome

OBSERVATION XXII

(R. Senger, *Zur Casuistik der præmären Dünmdarm sarcome im Kindesalter. Thèse de Halle, 1902*).

Garçon de 5 ans. Reçu à la clinique le 31 mai 1901. En mars 1901, diminution de l'appétit; en mai 1901, on constata que le ventre de l'enfant augmentait de volume, que ses jambes étaient enflées. Amaigrissement notable. Selles régulières, pas de vomissements.

Enfant amaigri, pâle; œdème des membres inférieurs et du scrotum. Ventre augmenté de volume; ascite peu abondante. A la palpation, on sent une tumeur grosse comme une tête d'enfant, à surface bosselée, bien séparée du foie. La tumeur ne semble pas être développée aux dépens des reins; mais elle adhère au mésentère ou au pancréas (?). La tumeur est mate à la percussion, selles normales, un peu d'albumine dans les urines. Le 15 juin 1901, l'enfant fut pris de vomissements et le ventre se détendit davantage, Mort le 16 juin 1901.

Autopsie. — Tumeur de l'intestin, située à 60 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin avec infiltration du mésentère. Sarcome.

OBSERVATION XXIII (*Personnelle et inédite*).

L... Pierre, âgé de 8 ans, entre à la salle Trélat, lit n° 5, à l'hôpital Hérold, le 4 mai 1904.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Trois frères aînés très bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole et pneumonie dans la première enfance. Epoque précise inconnue.

Maladie actuelle. — Le début de la maladie remonte à deux mois par des douleurs dans le ventre. L'abdomen a grossi assez rapidement en même temps que surviennent un amaigrissement très rapide et, au moment de l'entrée le malade se présente dans l'état suivant :

Examen le 4 mai 1904. — L'enfant est maigre, très affaibli ; la peau est blanche, légèrement jaunâtre, les muqueuses sont décolorées. Les masses musculaires sont très diminuées de volume. T. 40°, pouls 96.

Le ventre est tendu, bombé, surtout dans sa moitié droite ; la peau est luisante avec développement accentué de la circulation veineuse collatérale. L'abdomen est très dur à la palpation et donne une sensation ligneuse. A la percussion, matité absolue dans tout l'hypochondre droit, confondue avec la matité hépatique. La fosse iliaque droite est sonore. De même la ligne de matité semble s'arrêter nettement sur la ligne médiane.

Du 4 au 7 mai on constate en même temps que l'élévation thermique des alternatives de constipation et de diarrhée. Cœur et poumons normaux.

Diagnostic. — Tuberculose intestinale probable, localisée au cœcum.

Opération le 7 mai 1904 (M. Villemin). — Laparotomie ; on se trouve en présence d'une tumeur d'apparence sarcomateuse, occupant le côlon ascendant, adhérente avec infiltrations à distance. On referme la paroi. Drainage.

8 mai. — T. 38°,5. Pouls 108. Etat général relativement bon ; pas de douleurs.

15 mai. — On enlève les fils ; guérison opératoire, il ne reste qu'une petite fistule insignifiante à l'angle inférieur de la ligne d'incision.

L'enfant a continué à s'alimenter, son état général est resté stationnaire ; quelques douleurs sourdes dans le ventre. Diarrhée.

On prend un peu de sang par une piqûre au doigt ; il fut examiné et on trouva une légère leucocytose.

Urines normale ; ni sucre, ni albumine, ni indican.

T. 37°,5. Pouls 96.

3 juillet. — L'appétit est relativement conservé ; l'abdomen est toujours légèrement douloureux mais la diarrhée a disparu. La peau du malade est terreuse, ses muqueuses décolorées.

A la palpation on sent une grosse masse occupant tout l'hypochondre droit, sensible à la pression, non mobile, lisse et résistante ; elle semble envoyer un prolongement vers l'hypochondre gauche et un vers la fosse iliaque droite. Au toucher rectal : rien d'anormal. A la percussion matité dans toute la zone qu'occupe la tumeur. Pas de ganglions perceptibles.

T. 38°. Pouls 98.

16 juillet. — Avant de partir en vacances nous revoyons notre malade. L'appétit a diminué ; l'enfant a encore maigri, son ventre a grossi. Ganglions perceptibles dans les aines. Rien au toucher rectal. Rate augmentée de volume. Urines légèrement albumineuses. Examen du sang : légère leucocytose. La recherche du bacille de Koch dans les sel-

les fut négative (1). Cœur et poumons normaux. Température 36°5. Pouls 90.

Evolution de la maladie (2).

Depuis, l'enfant continua à décliner ; ses forces diminuèrent, sa maigreur devint squelettique, une diarrhée profuse s'établit (10 à 12 selles par jour), l'urine devint rare, l'enfant se plaignait de vives douleurs dans le ventre et finalement il s'éteignit le 27 août 1904.

Autopsie. — On trouva une énorme tumeur occupant tout le côté droit de l'abdomen et l'examen histologique montra que l'on avait affaire à un sarcome intestinal.

OBSERVATION XXIV

(Moizard et Rabe. *Annales de médecine et de chirurgie infantiles, 1er mai 1904*).

Garçon de 3 ans. Se plaint du ventre depuis trois semaines. Douleurs assez violentes avec exacerbations passagères. Constipation. Amaigrissement très rapide. Ventre augmenté de volume et fièvre.

Enfant pâle, amaigri. Ventre volumineux, avec saillie plus prononcée dans l'hypochondre droit ; ombilic saillant ;

1. Examen fait par M. Pirard, interne en pharmacie.
2. Ce qui suit nous a été communiqué également par notre collègue, Prunier, externe du service.

développement marqué de la circulation collatérale. A la palpation de l'hypochondre droit, volumineuse tumeur lisse, dure, non fluctuante, séparée du foie par une zone de sonorité. Avec cela dans les deux hypochondres série de tumeurs moins volumineuses, plus ou moins grosses, plus ou moins mobiles, et prises, soit pour des ganglions mésentériques, soit pour des exsudats péritonéaux. Au toucher rectal vésicule séminale droite dure et infiltrée. Pas de troubles vésicaux, ni sucre ni albumine. A l'auscultation adénopathie bronchique et traces de pleurésie à la base droite. Température se maintient élevée, oscillant entre 38° le matin et 39°5 le soir et même 40°.

Diagnostic. — Reste indécis entre péritonite tuberculeuse et sarcome de l'intestin. On adopte le premier à cause de la fièvre et de l'état des poumons.

Alternatives de constipation et de diarrhée ; diminution de l'appétit et mort. Les accidents avaient duré cinq semaines.

Autopsie. — Sarcome de l'intestin avec infiltrations dans les reins et les ganglions mésentériques et bronchiques.

CONCLUSIONS

Le cancer de l'intestin chez l'enfant se caractérise par l'existence d'une tumeur abdominale avec augmentation de volume du ventre, alternatives de constipation et de diarrhée, douleurs, cachexie rapide et légère élévation de la température.

Le diagnostic sera souvent possible en se basant sur cet ensemble symptomatique. Il suffira de songer à l'existence de cette maladie. Toutefois il est des cas où l'erreur ne pourra être évitée.

C'est une affection d'un pronostic très grave ; abandonnée à elle-même sa durée excède rarement trois mois.

La mort est le plus souvent le résultat de la cachexie progressive, rarement d'une péritonite.

Les phénomènes d'occlusion intestinale n'existent jamais pour ainsi dire alors que ce syndrome se rencontre si souvent dans le cancer de l'intestin chez l'adulte.

Le traitement chirurgical pourra donner une gué-

rison complète à condition de faire une intervention précoce et radicale.

L'opération consistera en la résection large de toute la portion d'intestin envahie avec le mésentère correspondant.

Vu : le Président de la thèse,
RECLUS

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ablon. — Thèse de Paris, 1898.

Bessel-Hagen. — Ein Ulceroses Sarcom des Jejunum bei einem Kinde. *Virchow's Archiv.*, 1885. Bd. 90, p. 99.

Charon. — De la Carcinose chez l'enfant (*Bruxelles, 1876*).

Chauveau. — Thèse de Paris, 1883.

Debrünner, — Drei Fälle von Sarkome im Kindes alter. *Inaug. Dissert. Zurich*, 1893.

De Saint-Germain. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1883, t. I, p. 26. Chirurgie des enfants (*Paris 1884*).

Dumont. — Thèse de Paris, 1888-1889.

James Duncan. — *Journal médical d'Edimbourg*, 1886, t. XXXI, p. 112.

Duzan. — Thèse de Paris, 1876.

Fisher. — Two cases of sarcoma of the intestine (*Bristol*. Medic. surg. Journal, vol. XIX, 1901, p. 29.

Gilly. — Thèse de Paris, 1886.

Giraldès. — Maladies des enfants (Paris, 1869).

HARTE. — Sarcoma of intestine in childhood. *Annals of Surgery*, 1900, t. XXXII, p. 619.

JOURNET. — Thèse de Paris, 1883.

JALLAND. — Lympho-sarcoma of the small intestin. *Lancet* 1894, vol. I, p. 1007.

KENNEDY. — *Dublin quaterly Journal*, 1864, t. 28, p. 6.

KRAUS. — *Prager medicinische Woschenschrift*, 1889, nos 6 et 7, p. 59 et 70.

LANCEREAUX. — Traité d'anatomie pathologique, t. I. *Journ. de méd. int.* des 15 décembre, 1er novembre, 15 novembre 1897, 1er janvier et 15 avril 1898.

LEBERT. — Traité pratique des maladies cancéreuses *(Paris, 1851)*.

LEBON. — *Revue des maladies de l'enfance,* juin 1894, t. XII, p. 314.

LECÈNE. — Thèse de Paris, 1904.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, t. I.

LETAILLEUR. — Thèse de Lille, 1895-1896.

LIBMAN. — *Millheil. aus d. Grenzgeb. der Mediz. ü. Chirurgie*, 1901, Iena, Bd. VII, p. 446.

LOUART. — Thèse de Paris, 1900.

MARIAGE. — Thèse de Paris, 1896-1897.

MÉRAND. — Thèse de Paris, 1896-1897.

MERMET. — *Bulletin de la société anatomique*, 1896, p. 828.

MOIZARD et RABE. — Lymphadénome de l'intestin à évolution rapide et fébrile chez un enfant de trois ans (*Annales de médecine et chirurgie infantile*, 1er mai 1904, p. 305).

PEPIN.— *Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 16 novembre 1891.

PETITBON. — Thèse de Paris, 1891-92.

RATHERY. — Thèse de Paris, 1870.

MAYO ROBSON. — *British, medical journal*, 1895, t. II, p. 963.

TH. ROVSING. — Primœrt Tyndtsarkom hos et 18 maaneders Barntjenet ved Tarmreseksion med Anvendelse af Murphys Knap. (*Hospitalstidende, 1897*; *Kjabenharn, p. 1085*).

SCHŒPFER. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1882, p. 42-43.

R. SENGER. — Zur Casuistik der premaren Dünmdarm sarcome im Kindesalter. *Thèse de Halle*, 1902.

E. SIEGEL. — Ueber das primare Sarcom der Dunndarms *Berl. klin. Wochenschrift*, 1899, p. 767, n° 35.

SPANTON. — *Medical Times and gazette*, t. I, p. 278, année 1878.

KARL STERN.— Ueber primaren Dünmdarm sarcom beim Neugerebonen. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1894, n° 35, p. 802.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, t. II.

VERNEUIL. — *Revue mensuelle de chirurgie*, 1878.

CHARLES WEST. — Leçons sur les maladies des enfants (*traduction Archambault, Paris 1875*).

VAN ZWALENBURG. — Sarcoma of the intestine with a table of fifteen case of resection. *Journal of the American medical Association*, vol. XXXVI, 1901, p. 6171.

Imp. H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

H111 Paris.Univ.Fac.de méd
P232 Thèses
1904-05 36599
v.37

NAME	DATE DUE